

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 février 1897, à 1 heure

Par J. POUPART

Né à Saint-Sylvestre-Cappel, (Nord), le 25 Janvier 1871.

UN TYPE NOUVEAU

D'ECTOPIE TESTICULAIRE

President : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : } PINARD, professeur.
RICARD ET BONNAIRE, agrégés.*

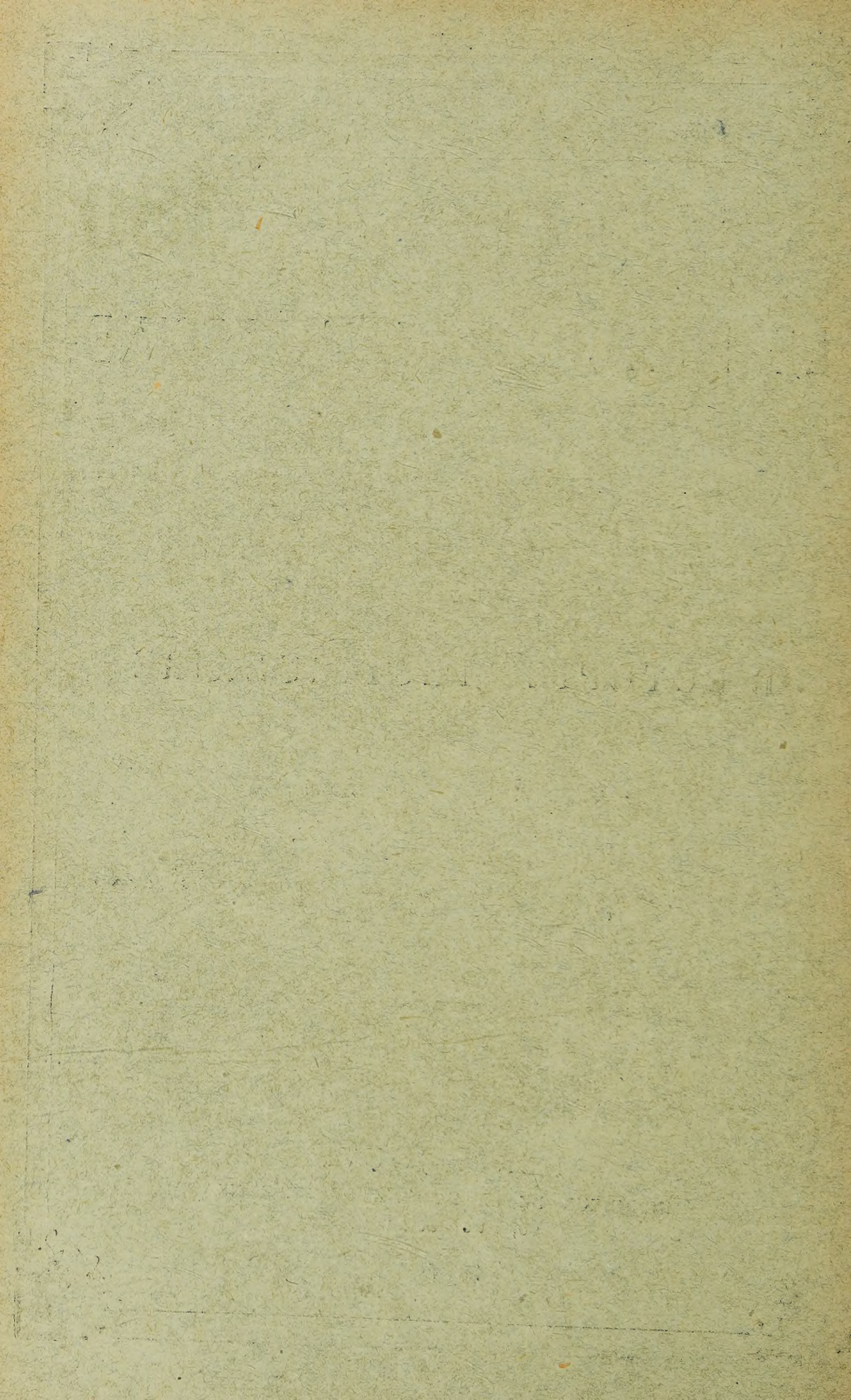
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1897



180

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 février 1897, à 1 heure

Par J. POUPART

Né à Saint-Sylvestre Cappel, (Nord), le 25 Janvier 1871.

UN TYPE NOUVEAU

D'ECTOPIE TESTICULAIRE

President : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { PINARD, professeur.
RICARD ET BONNAIRE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1897

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL.	
Professeurs		MM.	
Anatomie		FARABEUF.	
Physiologie		CH. RICHT.	
Physique médicale.		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale.		N.	
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.	
Pathologie médicale.	}	HUTINEL.	
Pathologie chirurgicale.		DEBOVE.	
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.	
Histologie.		CORNIL.	
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL	
Pharmacologie.		TERRIER.	
Thérapeutique et matière médicale.		POUCHET.	
Hygiène.		LANDOUZY	
Médecine légale.		PROUST.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.	
Pathologie comparée et expérimentale.		LABOULBENE	
		N.	
Clinique médicale.	}	DIULAFOY.	
		POTAIN.	
		JACCOUD.	
		HAYEM.	
		GRANCHER.	
Maladie des enfants.		JEFFROY.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.	
Clinique des maladies du système nerveux.		TILLAUX.	
	}	BERGER.	
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.	
		LE DENTU.	
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.	
Clinique ophthalmologique.		PANAS.	
Clinique d'accouchements.	}	TARNIER.	
		PINARD.	
Professeur honoraire		M. PAJOT.	
Agrégés en exercice.			
MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	
ALBARRAN	GILBERT	MENEPIER	
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	
BAR	TOURETTE	NETTER.	
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	
CHARRIN	LEJARS	RETTERRER	
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	
DELBET	MARFAN	ROGER	
		SEBILLEAU	
		THIERRY	
		THOINOT	
		TUFFIER	
		VARNIER	
		WALTHER	
		WEISS	
		WIDAL	
		WURTZ	

Secrétaire de la Faculté: **M. Ch. PUPIN.**

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

UN TYPE NOUVEAU D'ECTOPIE TESTICULAIRE

CHAPITRE I

Notions embryogéniques

Sommairement résumées, les notions embryogéniques qui intéressent l'origine, le développement et la migration de la glande testiculaire peuvent se ramener aux suivantes.

Le testicule a pour origine l'épithélium germinatif du *cœlome*... Les cellules épithéliales cylindriques qui constituent cet épithélium passent par des transformations successives ; quelques-unes d'entre elles, plus volumineuses que leurs congé-

nères, semblent douées d'une vie cellulaire plus intense et renferment un noyau vésiculeux. Ces cellules ainsi différenciables sont connues sous le nom de *spermatomères*.

Par leur juxtaposition, puis par leur réunion, elles donnent naissance à des éléments figurés en forme de *cordons* et désignés sous le nom de *cordons germinatifs primordiaux de Semper*.

L'apparition des cloisons de nature conjonctive produit dans ces cordons une augmentation qui aboutit à la formation des petits organes sphériques analogues aux follicules primordiaux de l'ovaire.

Jusqu'à ce point, il n'existe pas de différences entre les phases du développement de l'ovaire et celui du testicule. Chaque organe folliculaire qui contribuera à la formation du testicule se creuse bientôt et forme une sorte d'ampoule à revêtement épithélial cylindrique qui n'est autre que *l'ampoule spermatique*, et dont les cellules deviennent des spermatomères.

Les canaux excréteurs qui mettront plus tard la glande en aptitude fonctionnelle dérivent du *corps de Wolf*.

Le dernier temps, ou temps de la descente, est important, et, de sa bonne évolution dépend la situation normale ou anormale que prendra la glande testiculaire.

« Par descente du testicule on entend les changements de position qu'éprouveront le testicule et

les organes rudimentaires qui lui sont unis » (Hertwig O.).

Primitivement, les testicules se trouvent à la partie postérieure de la voûte de la cavité abdominale, dans la région lombaire — vers le troisième mois de la vie intra-utérine, dans la cavité du grand bassin — vers le cinquième et le sixième mois, à la face interne de la paroi abdominale antérieure, immédiatement en regard de l'anneau inguinal interne.

Corps de Wolf et plus tard testicule sont unis à la région inguinale par le *gubernaculum Hunterii*, sorte de ligament fibro-musculaire.

On attribuait jadis à ce gubernaculum une fonction importante, capitale même, dans le mécanisme de la descente.

Fixé par ses deux faisceaux inférieurs externe et interne à l'arcade crurale et à l'épine du pubis, par son faisceau moyen au fond du scrotum, le gubernaculum Hunterii, par la contraction de ses fibres lisses, sollicitait le testicule à descendre (1).

Il est démontré aujourd'hui que cette opinion est erronée ; le gubernaculum testis ne modifie en rien sa manière d'être, et la migration du testicule est la conséquence d'un accroissement inégal.

1. Pour le professeur C. Weil (in *Ueber den Descensus Testiculorum nebst Bemerkungen ueber die Entwicklung der Scheidenhaute und des Scrotums* (Prag. 1884), les fibres du gubernaculum Hunterii seraient striées, et le faisceau inférieur moyen n'existerait pas.

Les parties squelettiques de la région lombaire, pelvienne, les muscles qui s'y insèrent, progressent et se développent sans cesse, tandis que le gubernaculum de Hunter ne s'accroît pas. On conçoit dès lors que le testicule perd ses rapports primitifs puisqu'en réalité les organes adjacents se déplacent autour de lui.

Dès le troisième mois, le péritoine subit des modifications importantes, et au point où le gubernaculum traverse la séreuse s'effectuent les changements dont il s'agit.

A ce niveau se produit une évagination que les auteurs appellent le diverticule vaginal du péritoine. Ce diverticule péritonéal refoule devant lui la paroi abdominale, et pénètre dans la région pubienne. L'orifice de communication entre cette cavité secondaire et la cavité abdominale est appelé anneau inguinal interne. Le canal inguinal est la partie rétrécie du diverticule qui lui fait suite, et traverse la paroi musculieuse de l'abdomen.

Le cul-de-sac terminal, car le diverticule se renfle en cet endroit, est logé d'emblée dans la saillie formée par la paroi abdominale, c'est-à-dire dans le sac scrotal.

Au sujet de la formation de la tunique vaginale, les embryologistes ne sont pas d'accord sur le mécanisme qui préside à la descente du testicule et se divisent en deux écoles : l'une soutient que le testicule descend dans une filière

toute préparée pour le recevoir, conduit tapissé par la vaginale ; l'autre pour ainsi dire classique aujourd'hui, regarde la migration testiculaire et la migration péritonéale comme deux faits connexes s'accomplissant simultanément.

La première théorie admet la préexistence de la tunique vaginale (Kolliker) (1).

« Cette gaine vaginale n'est autre chose qu'une
« invagination du péritoine qui naît d'une façon
« absolument indépendante au commencement du
« troisième mois. Peu à peu, la gaine devient un
« canal péritonéal qui traverse la paroi abdomi-
« nale et va jusque dans le scrotum. Le canal in-
« guinal se forme donc ainsi avant que le testi-
« cule ne soit sorti de l'abdomen ; en même temps
« se développe le gubernaculum de Hunter, le-
« quel semble placé dans la gaine vaginale, mais
« se trouve en réalité en dehors du revêtement
« péritonéal de ce conduit ; le gubernaculum des-
« cend ensuite dans le scrotum où ses fibres se
« perdent. »

« Dès que les parties ont atteint ce point de dé-
« veloppement, le testicule descend avec son revê-
« tement péritonéal jusqu'à l'entrée de la gaine
« vaginale pour pénétrer tôt ou tard, le plus sou-
« vent vers le septième mois, dans ce conduit. Il
« y avance peu à peu et finit par s'y perdre com-

1. Kolliker. *Embryologie*, p. 1034.

« plètement ; à la fin, il sort du canal inguinal
« pour descendre dans le scrotum.

« Comme le testicule apporte avec lui dans la
« gaine vaginale son revêtement péritonéal propre,
« cette gaine semble, aussitôt que le testicule est
« arrivé dans le scrotum, avoir avec les glandes les
« mêmes rapports que chez l'adulte, lamelle pa-
« riétale de la tunique vaginale. Le revêtement péri-
« tonéal primitif représente alors la lamelle viscé-
« rale de la tunique vaginale ».

Hertwig, dans son *Traité d'embryologie*, admet la même théorie.

Le *Bulletin de la Société anatomique de Paris* (1) rapporte une discussion sur les hernies inguino-scrotales coïncidant avec les ectopies testiculaires discussion au cours de laquelle MM. Broca, Tuffier et Bazy, se montrent partisans de cette théorie de la préexistence. M. Tuffier cite le fait d'un individu chez lequel le testicule s'engageait dans l'anneau inguinal et dont le canal vagino-péritonéal existait, mais était à entrée trop étroite pour qu'il pût y évoluer.

La deuxième théorie se retrouve dans la description minutieuse que John Hunter a faite de la descente du testicule :

« Pendant que le testicule descend, et même
« lorsqu'il est arrivé dans le scrotum, il est en-

1. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 29 avril 1897, t. II, p. 232.

« core recouvert par le péritoine exactement et de
« la même manière que lorsqu'il était dans l'ab-
« domen, et les vaisseaux spermatiques se dirigent
« de haut en bas derrière le péritoine, comme
« lorsque le testicule était situé au devant du mus-
« cle psoas. Ce feuillet du péritoine est uni en ar-
« rière avec le testicule, l'épididyme et les vaisseaux
« spermatiques comme dans la région lombaire,
« ainsi qu'avec le canal déférent ; mais le testicule
« adhère postérieurement aux parties avec les-
« quelles il est en contact, et il est libre antérieu-
« rement d'adhérences, comme dans l'abdomen.
« Dans son déplacement de haut en bas, *le testi-*
« *cule entraîne avec lui le péritoine...*

« Dans la migration hors de l'abdomen, il ne
« descend donc pas libre et flottant comme l'intes-
« tin ou l'épiploon dans le prolongement du péri-
« toine ; il glisse de haut en bas pour quitter la
« région lombaire, *entraînant avec lui le péri-*
« *toine*, et tous deux continuent à adhérer par
« l'intermédiaire du tissu cellulaire aux parties si-
« tuées derrière eux, comme lorsqu'ils occupent
« la région lombaire.

« L'extensibilité du péritoine et la grande laxité
« de ses adhérences, au moyen d'un tissu cellu-
« laire peu résistant avec le muscle psoas et toutes
« les autres parties qui entourent le testicule, favo-
« risent son allongement et sa descente dans le
« scrotum avec le testicule ».

C'est encore l'opinion de Curling (1), de Cruveilhier (2), de Sappey (3), de A Richet, de M. Tillaux (4) et de la plupart des embryologistes ; celle de Braman (5), du professeur C. Weil ; et dans le *Traité des maladies du testicule et de ses annexes*, MM. Monod et Terrillon (7) se rallient à la même opinion.

D'après Braman, ce n'est qu'au commencement de la descente, c'est à dire au milieu ou à la fin du sixième mois que *le processus vaginalis* se déprime, devient plus profond, et sort en même temps (refoulant dans une certaine mesure devant lui les organes abdominaux) de la région de l'anneau inguinal antérieur sous forme d'un conduit cylindrique dont l'extrémité inférieure est tournée du côté du scrotum. Cette extrémité est complètement arrondie et se laisse facilement séparer du

1. Hunter. *Œuvres complètes*, traduction de Richelot, t. IV, 1841, page 72.

1. Curling : *Maladies du testicule*, traduction Gosselin, chapitre I, page 19.

2. Cruveilhier : *Traité d'anatomie descriptive*, tome II, p. 380 et suiv.

3. Sappey : *Traité d'anatomie*.

4. Tillaux. *Traité d'anatomie topographique et Cliniques chirurgicales*, 3^e édition.

5. : Braman *Beitrag zur lochre von den Discensus testicularum und dens gubernaculum Hunteri des Menschen*.

6. Weil : *Loc. citato*.

7. Monod et Terrillon : *Traité des maladies du testicule et de ses annexes*, 1889.

tissu conjonctif lâche du scrotum, mais n'est en connexion par aucune espèce de prolongement ou par un cordon isolable avec le fond du scrotum.

Quant au gubernaculum testis, à mesure qu'il se raccourcit, il s'invagine en doigt de gant, s'épanouit à la surface de la vaginale et constitue les fibres musculaires du crémaster.

« Cependant il serait inadmissible de croire que
« le testicule par son propre poids constitue la
« dépression vaginale ; la preuve en est que, chez
« la femme, une formation analogue se produit,
« évagination sacciforme du péritoine qui traverse
« le canal inguinal sous le nom de canal de Nuck,
« et qui, chez le sujet développé, descend jusque
« dans la partie supérieure des grandes lèvres
« sans qu'il puisse être seulement question de
« glissement à la suite, ou de refoulement de la
« part des ovaires, ceux-ci n'abandonnant pas
« l'abdomen (1).

Il faut admettre par conséquent que la descente du testicule, la formation de la tunique vaginale ne peuvent être considérées comme exerçant une influence réciproque.

Le scrotum naît des bourgeons génitaux qui, chez la femme, donnent naissance aux grandes lè-

1. Braman. *Loc. citato.*

vres ; chez l'homme entourent la racine du pénis.

Puis ils se soudent sur la ligne médiane en arrière du pénis pour former le sac scrotal dans lequel s'engagent les deux testicules et la vaginale à la fin de la vie embryonnaire.

La soudure constitue chez l'adulte le raphé du scrotum — l'absence de cette soudure est l'un des caractères principaux de l'hypospadias péri-néo-scrotal.

CHAPITRE II

De l'ectopie testiculaire

L'embryogénie explique la migration testiculaire et l'apparition du processus vaginalis ; la pathogénie de l'ectopie testiculaire trouve là le premier principe de son interprétation.

Etant donnée cette double particularité qu'à partir du troisième mois de la vie intra-utérine la glande testiculaire se déplace pour quitter la profondeur dans laquelle elle est restée logée jusqu'alors, que le péritoine s'évagine de manière à constituer un canal à parcourir, on conçoit que sous l'influence de causes multiples, des arrêts de descente pourront se produire.

Le testicule peut à un moment donné de son cheminement être arrêté, être relativement fixé, de sorte qu'à la naissance il n'a pas rejoint le terme de son parcours qui est le scrotum. D'un autre

côté, ce processus péritonéal peut être enrayé. La filière péritonéo-vaginale reste inachevée, et cette absence de conduit devient un obstacle infranchissable en arrière duquel le testicule reste ectopié.

Quand le testicule, pour des raisons anatomiques qui dépendent directement de la glande elle-même, s'arrête ainsi en chemin, l'anatomie classe en un certain nombre de groupes les types d'ectopie testiculaire.

Pour les décrire, on se base sur la situation anatomo-topographique de la glande et on distingue l'ectopie abdominale, crurale, périnéale. En réalité, ces types ne sont établis que théoriquement, en pratique on reconnaît dans la plupart des cas des formes moins tranchées et qui sont intermédiaires entre ces types de valeur théorique.

L'ectopie abdominale peut être profonde quand le testicule reste cantonné au point même où il s'est développé ; d'habitude la glande se rapproche plus ou moins du canal inguinal, s'arrête, soit dans la fosse iliaque interne, soit à une petite distance de l'anneau inguinal profond ; d'où la classification en ectopie sous-rénale, iliaque et rétro-péritonéale.

L'ectopie inguinale offre des variétés multiples que Paris (1) a résumées dans sa thèse par le tableau suivant :

1. Paris. *Thèse de Strasbourg*, 1857.

A tous ces types, il convient d'en ajouter un qui, jusqu'à ce jour, n'a été signalé par aucun des auteurs qui se sont occupés de l'ectopie testiculaire.

La rareté du fait, unique encore, vaut la peine qu'on s'y attache un instant, il permet d'établir une forme nouvelle, *l'ectopie testiculaire pénienne*.

OBSERVATION

(Inédite et personnelle)

Un jeune homme de vingt ans veut prendre un engagement pour le service militaire, en devançant l'appel, afin de choisir le corps de troupe qui a ses préférences ; mais il sait qu'il a une conformation irrégulière des organes génitaux et qu'au bureau de recrutement les conditions d'aptitude physique sont requises dans une mesure d'intégrité qui dépasse de beaucoup les règles adoptées par le conseil de révision. Par ailleurs, ce jeune homme se trouvait torturé par de véritables douleurs, lorsqu'une érection se complétait : cette douleur était de telle intensité, qu'elle le réveillait brusquement la nuit ; il lui est même arrivé d'en souffrir jusqu'à crier.

Pour ces motifs, il prend conseil de M. le Dr Tobie Reumaux, de Dunkerque, lequel constate une ectopie testiculaire de forme bizarre, avec atrophie importante du testicule déplacé ; il en conseille l'ablation et se base sur trois arguments : 1^o la conservation est cause de douleurs ; 2^o l'organe, réduit de volume, est de valeur physiologique insuffisante ou nulle ; 3^o la temporisation expose à la transformation en tumeur maligne, avec des menaces d'autant plus importantes qu'on attend davantage.

M. Guermontprez, de Lille, veut bien nous choisir comme assistant dans l'opération. Ensemble, nous constatons d'abord que l'organe qui se trouve dans la partie la plus déclive est mobile dans tous les sens, qu'il présente une consistance, une forme qui ne permettent aucun doute sur sa nature. Le palpant en tous sens, on constate qu'il est coiffé d'une portion résistante dont la forme est bien celle de l'épididyme. De plus, nous constatons que, de l'organe, part un cordon dur, parfaitement cylindrique, qui s'énuelée sous le doigt et qui est bien le cordon spermatique.

Nous le suivons jusque dans le canal inguinal droit. Reprenant l'organe principal entre les doigts et le comprimant graduellement, le sujet ne tarde pas à accuser la douleur intense, angoissante et particulière qui caractérise la compression du testicule.

Il s'agit donc bien du testicule droit qui se

trouve en son lieu normal dans le côté droit du scrotum avec un volume ordinaire et des rapports anatomiques qui ne présentent aucune autre particularité à signaler.



Le testicule gauche est en ectopie non ordinaire ; il se trouve, non pas dans la région inguinale, ni dans le périnée, ni dans la région pubienne, mais bien dans *le fourreau de la verge* ; encore n'est-ce pas sur la ligne médiane, ni du côté gauche que se trouve ce testicule *gauche* ;

c'est bien du côté droit du sujet, de sorte que le jeune homme a deux testicules à sa droite et il n'en a pas du tout à sa gauche.

C'est bien néanmoins le testicule gauche qui se trouve ainsi en ectopie ; en effet, lorsqu'on pratique la mobilisation de cet organe, on constate avec netteté que certains déplacements sont faciles et, pour ainsi dire naturels, tandis que d'autres sont instables et même irréalisables.

Lorsqu'on soutient le testicule ectopique pour lui faire suivre sans violence son trajet d'évolution, on ne rencontre aucun obstacle, aucune résistance : le testicule chemine de la partie terminale à la racine de la verge, en suivant une direction oblique, de telle sorte que à la hauteur du ligament suspenseur, il se trouve exactement en rapport avec la symphyse pubienne ; et il est très facile de le soutenir, de le maintenir à cette hauteur. On ne peut pas le faire passer du côté gauche du fourreau de la verge ni sous les téguments de l'abdomen. Lorsqu'on veut se rendre compte de ce qu'est le reste de la portion accessible du trajet suivi pendant l'évolution du testicule, on constate nettement qu'il suffit de suivre le trajet tout indiqué par le canal déférent et par le paquet vasculo-nerveux du cordon : ainsi on arrive sans aucun détour à l'orifice externe du canal inguinal qui est de petite dimension, sans aucune flaccidité, sans aucun point faible appréciable pendant les secousses de toux.

Lorsque le testicule a été amené à ce niveau on ne peut guère le mobiliser sous les téguments de l'abdomen. Il y a cependant un contraste (dont on ne peut se défendre d'être étonné) c'est que les déplacements du testicule sont possibles dans une mesure restreinte au pourtour de l'orifice externe du canal inguinal gauche, tandis que tout déplacement est impossible lorsqu'on conduit le testicule à gauche de la racine de la verge et dans la direction où devrait se trouver l'accès de la portion correspondante du scrotum. Ce qui rend ce déplacement impossible, ce n'est nullement la brièveté des éléments du cordon ; il est facile de s'en rendre compte par la figure ; c'est uniquement la résistance des tissus qui ne présentent ni la perméabilité par distension d'un tissu cellulaire lâche et facilement extensible, ni la disponibilité d'un espace préalablement existant.

On précise davantage ce dernier élément d'appréciation lorsqu'on examine le jeune homme dans l'attitude de la taille périnéale, en face d'une fenêtre bien éclairée, et surtout lorsqu'on contrôle la vue par le toucher.

Dans ces conditions, on ne discerne pas le moindre détail qui puisse être rapporté à une cicatrice de quelque nature qu'elle soit. On voit que le scrotum du côté droit est absolument normal avec tous ses détails constitutifs, ses proportions et ses modifications crémastériennes éventuelles ; mais on cherche vainement la trace du raphé médian.

Le raphé se reconnaît bien sur le milieu de la face inférieure de la verge; il est tout aussi nettement caractérisé sur le milieu du périnée ; mais il s'atténue progressivement et il s'efface aussi bien en arrière qu'en avant là où on a coutume de le voir se continuer avec le raphé médian du scrotum. Pour recouvrir le côté gauche de la portion périnéale de l'urèthre et du corps caverneux gauche (là où se trouve normalement l'insertion du scrotum) le tégument est mince, sans rides, sans plissements, sans poils, sans pigmentation, sans aucun des détails qui se peuvent rapporter à une ébauche de scrotum ; il ne s'en trouve pas le moindre vestige.

Il est donc bien acquis que le testicule ectopique est bien le gauche ; et que le côté gauche du scrotum ne s'est pas développé du tout, pas même à l'état de rudiment, pour recevoir le testicule dont il s'agit, coïncidence particulièrement concluante pour démontrer le fait, depuis longtemps connu de l'indépendance du développement des organes génitaux externes d'avec les internes.

L'exploration du testicule gauche permet d'apprécier que sa forme est ovoïde, avec des glissements faciles dans une tunique vaginale très ample ; le volume en est très réduit : il n'est même pas la moitié de celui de son congénère.

L'épididyme est relativement plus volumineux ; il est presque aussi gros que celui du côté droit. Le sujet debout, le grand axe de l'ovoïde testi-

culaire est à peu près vertical ; l'épididyme était situé en dessous, remontait en arrière et à droite et passait ensuite par dessus la portion la plus élevée du testicule pour se continuer avec le paquet vasculo-nerveux du cordon.

Le cordon spermatique est aussi long que le normal, mais moins volumineux, et tout aussi facile à différencier que l'autre. Ce dernier détail donne à penser qu'il n'y a pas de persistance du trajet péritonéo-vaginal depuis la grande séreuse jusqu'à la tunique vaginale : les organes sont enveloppés dans un revêtement quelque peu pâteux là où se trouve la tunique vaginale, tandis qu'ils sont différenciés avec une netteté vraiment normale dans le cordon lui-même.

Les conditions opératoires sont dès lors établies.

On comprend l'importance de la douleur signalée par l'intéressé lorsqu'on observe que le jeune homme est de complexion plutôt maigre qu'obèse et lorsqu'on vérifie que le testicule gauche entraîné jusqu'au pubis par le réflexe crémastérien ne peut se dérober, ni d'un côté, ni de l'autre, et se trouve inévitablement comprimé.

L'opération est pratiquée pendant la chloroformisation, alors que toute la région a été rasée avec soin et nettoyée au savon et à la liqueur de Van Swieten chaude, puis à l'alcool et à l'éther. L'incision est pratiquée, non pas sur le testicule, mais bien sur la portion la plus supérieure du trajet, depuis la symphyse pubienne jusqu'à l'orifice

externe du canal inguinal gauche : elle n'a que cinq centimètres d'étendue, et elle est prolongée, couche par couche, jusqu'aux éléments anatomiques du cordon. Le testicule est facilement amené entre les lèvres de la plaie ainsi faite. En écartant le tissu cellulaire lâche au moyen des doigts, M. Guérmonprez en achève rapidement l'énucléation sans ouvrir la tunique vaginale ; puis il pratique la section du cordon à petits coups, pince et ligature les trois vaisseaux, comme il le fait dans la castration ordinaire ; et termine par la suture.

Pour effectuer ce dernier temps opératoire, il traverse d'abord la peau d'une des lèvres de la plaie ; puis, au lieu de faire sortir son aiguille dans la plaie, il la fait glisser dans l'épaisseur du tissu cellulaire de la surface cruentée ; il ne la laisse apparaître en aucun point de la plaie et il la fait sortir à travers la peau de l'autre lèvre de la plaie. Cette façon de procéder est analogue à la manœuvre connue de l'aiguille d'Emmet dans l'opération de la périnéorrhaphie ; elle affronte les surfaces jusque dans les parties les plus profondes ; elle supprime tout espace lacunaire, et dispense de pratiquer le drainage. Elle a été particulièrement précieuse dans le cas particulier pour oblitérer le trajet antérieurement suivi par le testicule ectopique. Le fil employé a été le crin de Florence, serré par le double nœud du chirurgien.

Toutefois, avant de pratiquer ce dernier temps opératoire, on prend soin d'explorer la région où

aurait dû commencer le scrotum ; on n'y trouve d'autre particularité à signaler qu'une consistance relativement condensée du tissu cellulaire de cette région ; c'est un détail qui contraste avec la laxité très extensible de ce même tissu au pourtour de son cordon et de son moignon. On constate de même l'étroitesse de l'orifice inguinal externe.

La guérison a été obtenue par première intention et sans aucun incident.

La pièce anatomique a été remise à M. le professeur Augier le jour même, dans son laboratoire avec les renseignements verbaux donnés directement.

A trois années d'intervalle, nous avons revu ce jeune homme aujourd'hui marié.

Il semble difficile d'interpréter cette anomalie de position du testicule ; on sait qu'en cas d'arrêt de développement du scrotum, lorsque l'organe ne trouve pas au sortir de l'anneau inguinal une cavité préparée pour le recevoir, il se dirige d'ordinaire vers le pli de l'aîne, exceptionnellement vers le périnée. Il se constitue une loge dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Chez le sujet que nous avons observé, après avoir franchi la distance qui séparait l'anneau inguinal gauche du milieu de la verge, après avoir passé par dessus les corps caverneux, le testicule s'est insinué dans le fourreau de la verge et du côté droit.

On sait encore que dans le cas d'anorchidie unilatérale il se produit d'ordinaire un arrêt de développement du scrotum ; (on en retrouve cependant toujours quelque vestige) ; chez notre sujet l'indépendance du développement des deux organes (testicule et scrotum) est des plus manifestes : le testicule s'est trouvé entravé dans son évolution, la portion correspondante du scrotum ne se retrouve même pas dans ce cas particulier.

CHAPITRE III

Indications chirurgicales

L'ectopie testiculaire est justiciable d'une intervention opératoire quand elle est définitive.

Chez les jeunes enfants, en effet, en raison des modifications continuelles qui se passent au niveau de la sphère génitale, il n'est pas rare de voir l'ectopie passagère ; celle-ci disparaît par la descente plus ou moins tardive du testicule dans le scrotum au moment de la puberté, et passe même souvent inaperçue en raison de l'absence de toute gêne ou de toute sensation douloureuse.

Chez l'adulte, l'intervention du chirurgien est à conseiller, alors même que la glande se trouve dans la profondeur de la cavité abdominale, qu'elle soit sous-rénale ou iliaque.

Fallin et d'autres, déclarant que tout testicule ectopique est un organe altéré, inutile au point de

vue fonctionnel, mort physiologiquement, conseillent la suppression de la glande. Cette opinion trop exclusive a été combattue par Godard, MM. Le Dentu et Tuffier.

Dans la plupart des cas, une certaine mobilisation de la glande est possible ; si, aux méthodes de douceur, on ajoute des moyens un peu plus violents, une véritable réduction pourra s'opérer.

L'organe étant alors ramené dans sa position normale, il suffira de le fixer par une opération ultérieure (célerraphie (1) ou orchidopexie).

Dans sa thèse inaugurale, Duchesne (2) attribue à Koch de Munich (en 1820) la première application de cette idée.

Chélius, dans son *Traité de chirurgie*, conseille la même conduite, et prévient l'opérateur qu'il n'a pas à redouter l'insuffisance de longueur du cordon ; celui-ci conserve en effet sa longueur naturelle.

En 1887, en France, M. Lucas Championnière intervint chez un dieryptorchidique, réduisit la double ectopie abdominale et obtint un plein succès. MM. Monod et Arthaud ont constaté l'intégrité fonctionnelle et anatomique du testicule ectopié chez un sujet de vingt ans.

1. Tuffier. *Mémoire à la société de chirurgie*, 1889. Discussion in Bulletin de juillet et avril 1889.

2. Duchesne. *Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire*, 1890.

Ce fait, et quelques autres justifiés par les suites opératoires, prouvent qu'il faut savoir en certains cas conserver l'organe et lui donner une situation moins anormale.

La réduction du testicule et sa fixation ultérieure ont été et sont tentées avec succès par les opérateurs modernes.

Dans le cas observé, c'est-à-dire en présence d'un testicule ectopié, atrophié, chez un individu dont la moitié scrotale gauche n'existait pas, fallait-il proposer la cure radicale ou la castration ?

Par la cure radicale, on n'aboutissait qu'à un résultat insuffisant, l'ectopie ne faisait que changer de forme ; de pénienne qu'elle était, elle devenait inguinale.

L'absence de la moitié gauche du scrotum était dans la circonstance, une indication formelle ; on se trouvait en présence d'un organe sans localisation anatomique, sans domicile anatomique ; la castration s'imposait dès lors comme ressource ultime.

La temporisation n'était pas indiquée ; on sait que le testicule ectopique s'altère vers la vingtième année, qu'il subit des transformations néoplasiques, et que les conséquences pronostiques sont des plus sombres.

D'autre part, l'exploration prouvait que le testicule droit était dans un état normal et qu'il était indemne de toute altération pathologique ; il n'y

avait pas à redouter pour le sujet un état assimilable à celui de léonuchisme.

Quelques autres considérations d'un intérêt absolument particulier déterminaient le chirurgien à recourir à la castration.

Ce jeune conscrit se trouve dans le cas de subir l'application de l'article 222 de l'instruction ministérielle du 13 mars 1894, qui porte : « L'exemption est réservée aux cas où le testicule est retenu à l'anneau, ou dans le canal, ou tout contre l'orifice inguinal, en raison des douleurs qu'il provoque, de la prédisposition aux hernies qu'il entraîne, et de l'obstacle qu'il présente à l'application d'un bandage »

Par ailleurs, l'opération qui lui est proposée ne l'expose pas à l'application du premier paragraphe de l'article 221, puisque le second paragraphe lui serait seul applicable : « La perte des deux testicules par suite d'opération ou d'accident, l'atrophie de ces deux organes, acquise ou congénitale, portée à un haut degré, entraînent l'exemption. La perte ou l'atrophie d'un testicule, *l'autre restant sain*, est compatible avec le service militaire. » Tous ces motifs ont été exposés au jeune homme intéressé, qui, s'inspirant de motifs patriotiques, a formellement demandé à être débarrassé de son testicule gauche.

De plus toute hésitation eût été même répréhensible : l'élément douleur, qui constitue une indication suffisante, existait manifestement.

Il était plus appréciable même que dans de nombreux cas où la castration ovarienne est pratiquée. L'intervention chirurgicale n'était pas susceptible de mettre en danger la vie du sujet ; la castration unitesticulaire permettait à cet homme d'accomplir l'acte physiologique devenu impossible pour lui.

L'opération devenait une sauvegarde morale.

CONCLUSIONS

I. — Aux formes antérieurement connues de l'ectopie testiculaire (forme abdominale, inguinale, crurale, périnéale) il convient d'ajouter une forme nouvelle, l'ectopie pénienne.

II. — L'ectopie du testicule dans le fourreau de la verge peut se faire du côté opposé au testicule en cause.

III. — L'ectopie du testicule dans le pénis peut coïncider avec l'absence complète du scrotum du côté correspondant.

IV. — Après l'évolution de la puberté, le testicule en ectopie pénienne subit un arrêt de développement, ainsi qu'on a coutume de le remarquer dans les autres formes.

V. — Sous l'action du réflexe crémastérien pendant l'érection complète, il peut arriver que le testicule quittant le fourreau de la verge ne soit

pas rétracté suffisamment près de l'anneau inguinal et se trouve arrêté précisément sur la ligne médiane où il subit une compression directe entre la symphyse pubienne d'une part, les corps caverneux d'autre part.

La sensibilité spéciale du testicule devient dans ces cas une douleur d'une très grande intensité de tout point incompatible avec l'acte physiologique.

VI. — Il peut être indiqué de faire l'ablation du testicule en ectopie pénienne pour mettre le sujet dans les conditions d'aptitude spéciales au service militaire.

VII. — Pour faire l'ablation il convient de préférer le procédé qui limite l'incision à la région inguinale sans empiéter sur la région qui est le siège ordinaire du testicule en ectopie.

Vu par le président de la thèse,

TILLAUX.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUGAGNEUR, MOLLIÈRE, RECLUS. — Article : Testicule du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 31^e série, tome XVI. Paris, 1886.
- BARREAU. — Thèse de Paris, 1884.
- BARROIS (Th.). — Thèse de Paris, 1882.
- BEZANÇON (F.). — Sur l'ectopie testiculaire du jeune âge et son traitement. Thèse de Paris, 1842.
- BICH (O.). — De l'atrophie testiculaire. Thèse de Paris, 1884.
- BRAMANN. — Beitrag zur Lehre von dem Descensus testiculorum und dem Gubernaculum Hunteri des Menschen. Archiv. f. anatomie u. Physiologie. Anat. Abth., 1884.
- Bulletin de la Société anatomique de Paris, 27 avril 1887, tome I, page 232.
- CARTRON. — Des tumeurs du testicule. Thèse de Montpellier, 1870.
- CENSIER. — De l'ectopie testiculaire en retour. Thèse de Paris, 1889.
- CHAMBAT. — Des hernies inguinales avec ectopie du testicule. Thèse de Paris, 1879.
- CHÉLIUS. — Traité de chirurgie, 1876.
- CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie descriptive, tome II, p. 380 et suiv.

- CURLING. — Maladies du testicule, traduction Gosselin, 1857.
- CUNNINGHAM. — Manual of practical Anatomy, vol. I, 1893.
- DARDENNE. — Sur les tumeurs du testicule. Thèse de Montpellier, 1872.
- DUCHESNE. — Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire, Thèse de Paris, 1890.
- DOURLENS. — Retards dans la descente du testicule. Thèse de Paris, 1881.
- FARABŒUF. — Article : Crémaster, in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, tome XXIII.
- FIUSSAN. — Sur la castration. Thèse de Paris, 1825.
- FREULET. — D'un cas de castration compliqué de hernie inguinale. Thèse de Paris, 1873.
- FOLLIN et DUPLAY. — Traité de pathologie externe, tome VII.
- FALLIN (Eug.). — Etude anatomique et pathologique sur les anomalies de position et les atrophies du testicule (Archives générales de médecine, 4^e série, 1871 (tome XXVI).
- GODARD. — Recherches sur les monorchides et les cryptorchides. Paris, 1856.
- Etude sur la monorchidie et la cryptorchidie. Paris, 1877.
- Mémoires de la Société de Biologie, 1859.
- HERTWIG (O.). — Traité d'embryologie. Histoire du développement de l'homme et des vertébrés. Traduction de Charles Julien. Paris, 1891. Testicule, page 345 et suivantes.
- HUNTER. — Œuvres complètes, traduction Richelot, tome IV, 1841, page 72.
- Instruction ministérielle du 13 mars 1894 sur l'aptitude physique au service militaire.
- KELLIKER. — Embryologie, traduction de Schneider.
- LECOMTE. — Ectopies inguinales et maladies du testicule. Thèse de Paris, 1851.
- LE DENTU. — Thèse d'agrégation de Paris. Anomalies du testicule.
- MARÉCHAL. — Du testicule en ectopie. Thèse de Paris, 1887.

- MERCIER. — Sur la castration. Thèse de Paris.
- MONOD, TERRILLON. — Contusion du testicule. Archives de médecine, 1881, tome II.
- Traité des maladies du testicule, 1889, orchite par effort, page 121, ectopie acquise, page 124.
- MARSCHALL. — Ectopie périnéale. British medical journal, 1883.
- RAMONIDI. — Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte. Thèse de Paris, 1883.
- ROUX (G. F.). — De la névralgie du testicule. Paris, 1876.
- ROY (M.). — La tunique vaginale préexiste-t-elle au testicule dans le scrotum? Toulouse. Publication de l'Echo médical.
- RINGEISEN. — Etat du testicule ectopique. Thèse de Strasbourg, 1868.
- SAPPEY. — Traité d'anatomie.
- Société de chirurgie. Bulletin d'avril et juillet, 1889.
- TOURNUS. — Des plaies du testicule. Thèse de Paris, 1894.
- TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique.
- TUFFIER. — Discussion à la Société de chirurgie.
- VALLETTE. — Accidents liés à la migration imparfaite du testicule. Lyon médical, 1869.
- WEIL (C.). — Ueber den descensus testiculorum. Prag., 1884.

